RICHIESTA PARTECIPAZIONE CORSO DI FORMAZIONE BLSD

# **Al Sig. SINDACO**

**del**

# **COMUNE DI CASTEL FRENTANO**

Cognome e nome:

Indirizzo:

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono/cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con la presente manifesta l’interesse all’iscrizione al corso di formazione BLSD organizzato dal comune di Castel Frentano.

Autorizzo Il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03 e s.m.i. (Codice In materia di privacy).

Data Firma